

## ESTUDO DE CASO DE DOIS INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA: SEU PROCESSO DE RE-INSERÇÃO.

Alba Aparecida Belletti\*  
Aniete Broetto Silva\*  
Haifa Amado Elias Sonda\*  
Suzana Segalla Menegaz\*

BELLETTI, A. A.; SILVA, A. B.; SONDA, H. A. E.; MENEGAZ, S. S.; Estudo de caso de dois indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia: seu processo de re-inserção. *Akrópolis*, 13(3): 135-140, jul./set., 2005.

**RESUMO:** Esse trabalho tem como propósito analisar a re-inserção social do indivíduo com diagnóstico clínico de esquizofrenia, as dificuldades internas e externas pela qual o mesmo passa, bem como os meios que encontra para superá-las. Para isso foi realizado um estudo de caso com dois indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia. Como instrumento de pesquisa foi utilizada uma entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados qualitativamente, e suas análises demonstraram que, até o término da pesquisa não detectou-se programas específicos que contribuam para o processo de re-inserção à sociedade dos indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia, agravando a dificuldade de recapturar sua agressividade, inerente ao ser humano.

**PALAVRAS-CHAVE:** esquizofrenia; re-inserção social; estudo de caso.

## THE STUDY OF TWO PATIENT'S CASES WITH CLINICAL DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA: THEIR PROCESS OF REINTRODUCTION.

**ABSTRACT:** The purpose of this study was to analyze the reintroduction of a patient with clinical diagnosis of schizophrenia into society, as well as its internal and external necessities and the ways to overcome them, after leaving a psychiatric hospital. The study consisted of two patients' cases which were diagnosed as clinical schizophrenia. It was used structured and unstructured questions in an interview to gather the data. The data was then analyzed quantitatively and the results demonstrated that so far, there are not any specific programs to help a patient diagnosed with clinical schizophrenia to be reintroduced into society, aggravating thus the difficulty of recapturing their aggressiveness which is inside the human being.

**KEY WORDS:** Schizophrenia; Social reintroduction; Case study

### Introdução

Ao pesquisar os tipos de doenças mentais em uma amostra, nos deparamos com um alto índice de diagnósticos clínicos em esquizofrenia. Os interesses da investigação se voltaram para os aspectos relacionados com a re-inserção social do indivíduo com diagnóstico clínico de esquizofrenia, as dificuldades internas e externas pelas quais ele passa, e os meios que encontra para superá-las.

Buscou-se, através do método de estudo de caso, acompanhar o processo de re-inserção desses indivíduos, procurando através do exame psicológico, conhecer as dificuldades internas que atrapalham o regresso ao convívio social, apontando as interferências sociais encontradas nesse processo, bem como identificar as ações individuais e sociais que possibilitam a reintegração ao seu contexto social.

Através desta pesquisa bibliográfica, de cunho psicanalítico, e de campo, procurou-se respostas a estas perguntas com o intuito de que as mesmas contribuam para a área da saúde mental, para as terapias com os indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia, para seus familiares e demais pessoas interessadas pelo tema. Foucault (2000) afirma, em seu estudo sobre a constituição histórica da doença mental, que foi num período relativamente recente que o Ocidente concedeu à loucura um estatuto de doença mental. "O louco era considerado, até o advento da medicina

positivista, como um 'possuído', um doente ignorado, preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas" (p.75).

A partir de meados do século XVII, segundo Foucault (2000), com a criação dos estabelecimentos de internação o mundo da loucura torna-se o mundo da exclusão. Esses estabelecimentos não eram somente destinados aos loucos, mas também aos mendigos, velhos na miséria, desempregados opiniáticos, portadores de doenças venéreas, ou seja, a todos aqueles que mostrassem "alteração" em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade. A admissão nessas casas não visava o tratamento, e sim a exclusão da sociedade..

Para Steriam (2001), ocorriam internamentos maciços, pois não se tinha a preocupação médica que se supõe ter hoje com a cura; era, antes, condenação da ociosidade, necessária por um "imperativo de trabalho". O objetivo desses internamentos era o de exclusão, pois o gerenciamento era realizado por religiosos, aos médicos cabia apenas o dever de manter algumas condições sanitárias, evitando que o mal fosse espalhado pela vizinhança.

O surgimento dos asilos, para Foucault (2000), passa a submeter o louco a um controle social e moral, "a cura significará re-inculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar" (p.82). Trocaram-se as correntes pelo encadeamento moral, com o louco vigiado em seus gestos, ridicularizado nos seus erros, rebaixado nas suas pretensões,

\*Acadêmicas do 9º Período do Curso de Psicologia - UNIPAR - Campus Cascavel.

Endereço Para Correspondência: Alba Aparecida Belletti, Rua Castro Alves, 2283. Cascavel PR.

e a sanção seguindo rapidamente o desvio à conduta normal. A filantropia da época liberou todos, exceto os loucos, e o internamento recebe uma nova significação: a de caráter médico.

A etimologia do termo “esquizofrenia” é de origem grega, composta de dois termos: “skhizein”, que significa fender, rasgar, dividir, separar e “phrên”, “phrênios”, que é pensamento.

Diversos autores estudam e procuram definir a esquizofrenia, ainda que as definições sejam levemente diferenciadas, a lógica que define a esquizofrenia é a mesma. Samaia; Lima; Vallada Filho (2001, p.53), apontam que “a esquizofrenia é uma síndrome psiquiátrica complexa que acomete uma de cada cem pessoas na população geral”, e afirmam que o reconhecimento precoce dos sintomas e o tratamento incisivo ainda são as melhores estratégias para atenuar os efeitos devastadores que ela provoca na vida do indivíduo e de sua família.

Myers (1999) descreve a esquizofrenia como um distúrbio psicótico em que o indivíduo perde o contato com a realidade, com percepções distorcidas e experimentando idéias irracionais, acrescentando que:

Uma pessoa com esquizofrenia pode perceber coisas que não existem. Essas alucinações (experiências sensoriais sem estimulação sensorial) são em geral auditivas. Menos comumente, as pessoas vêem, sentem, saboreiam ou cheiram coisas inexistentes. Na esquizofrenia, há um grupo de distúrbios com características comuns, mas também com alguns sintomas distintos. Os pacientes de esquizofrenia com sintomas positivos são desorganizados e com fala fragmentada ou propensa a risos. Os que têm sintomas negativos exibem voz sem entonação, rosto inexpressivo ou corpo rígido. (p.335)

Schneider e Valle (1996, p.7) abordam que “...o indivíduo denominado esquizofrênico é a pessoa que, em hospital ou fora dele, vive afastada de uma realidade comum, em algum setor de sua existência”. E acrescentam que “a doença de um modo geral, provoca uma agressão, uma solução de continuidade entre o viver anterior e o presente, tornando o futuro incerto”.

Villares e Mari (2001, p.244), ao levantarem a questão da esquizofrenia e o contexto familiar, salientam a importância da família como sendo uma referência central para a constituição da individualidade, de estilos de vida e de uma visão de mundo, apesar das transformações de valores e modo de vida decorrente de fatores econômicos, sociais e políticos. A estrutura de apoio mais importante, para a manobra das doenças mentais, é fornecida pela família, que se vê impingida para o cuidado ou administração do membro familiar que sofre.

Conforme registros bibliográficos, a família torna-se o elo responsável em estabelecer o “contato” entre o doente e os serviços de saúde existentes, em conduzir as “negociações” entre o profissional responsável pela prescrição do tratamento e o paciente que muitas vezes reluta em aceitá-lo, assim como lidar com os episódios de crise, mas não é sempre e nem são todas as famílias que possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para dirigir esses aspectos. Ao levantarem a questão da esquizofrenia e o contexto familiar, Villares e Mari (2001), salientam a importância da família como uma referência central para a constituição da individualidade, de estilos de vida e de uma

visão de mundo, apesar das transformações de valores e modo de vida decorrente de fatores econômicos, sociais e políticos.

A reforma psiquiátrica teve sua origem em meados dos anos 60 em Londres, como um movimento contracultural, com questionamentos do modelo psiquiátrico clássico e da deficiência assistencial dos asilos-manicômios que levam a cronificação da doença. Rodrigues e Scóz (2003), citam Basaglia como um revolucionário Psiquiatra Italiano, que, baseando-se em suas experiências, inicia um processo de discussão sobre a teoria e a prática dos hospitais psiquiátricos e lança um novo conceito de saúde e de doença, de normalidade e de loucura.

De acordo com Duarte Junior (1987), o termo “Antipsiquiatria” foi cunhado por David Cooper juntamente com Ronald Laing, como uma nova proposta de se aportar o psiquismo humano, e o conceitua como:

... uma tentativa de se compreender o comportamento humano de um ponto de vista diferente daquele utilizado pela psiquiatria e psicologia “tradicionais”. Este ponto de vista recua até a visão mais geral sobre a organização político-econômica do mundo, onde estão inseridos os homens. Sendo uma maneira diferente de abordar a questão do comportamento humano e, por decorrência, a questão da “doença” mental, a antipsiquiatria é também uma proposta distinta de como se atuar junto aos indivíduos considerados “doentes”, “desviantes” ou “loucos”. (p. 13).

Basaglia (2001), ao se referir às instituições, cita exemplos variados de violência, como o hábito dos grandes hospitais psiquiátricos em concentrarem pacientes em salas onde ninguém pode sair, nem mesmo para ir aos sanitários; pela falta de espaço, aproveita-se do fato dos catatônicos não se incomodarem um ao outro e os colocam no mesmo leito; a professora do jardim de infância, que obriga as crianças a permanecerem sentadas e caladas; num hospital público, o doente sendo vítima do humor do médico, que descarrega sua agressividade, que não foi provocada pelo paciente; doentes “agitados” num hospital psiquiátrico são, muitas vezes, submetidos ao “garrote”; a frustração dos pais, geralmente manifestada através da violência, quando seus filhos não satisfazem suas aspirações competitivas; a preocupação com o lado triste dos hospitais, mas uma preocupação de nível externo, e assim pinta-se os muros de amarelo-ouro, pois essa cor “faz bem ao coração”. “O que há de comum entre as situações reportadas acima é a violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob a sua lâmina” (p.101).

Duarte Jr. (1987), menciona as instituições como um agrupamento de pessoas colocadas em determinadas posições/papéis mais ou menos pré-fixados, e argumenta ser a instituição familiar a mediadora entre o Estado e o indivíduo. A educação dentro da família varia, mas existe um padrão e regras determinadas a serem seguidas, tanto socialmente como particularmente, e os mais básicos conflitos provêm do choque entre as aspirações pessoais (aquilo que eu pretendo ser) e as receitas de papéis ditados pela família (aquilo que eles querem que eu seja). O autor salienta que quando o sistema familiar não é demasiado opressor, o indivíduo consegue desvendar outras formas de ser, através da vivência em diferentes grupos, passando, dessa forma, a “fazer parte do jogo”, visualizando possibilidades de assumir valores próprios. Isso não ocorre, segundo o autor,

na família do esquizofrênico, permanecendo um ambiente acentuadamente opressor, não permitindo a variação de conduta do indivíduo, ficando ele a renegar suas aspirações e paixões pessoais: assumindo seu “falso eu” vinte e quatro horas por dia.

O que ocorre “... é um conflito entre dois ‘eus’: aquele que lhe impõem e aquele que ele aspira a ser (mas não é)” “(...) neste momento podem eclodir os primeiros sintomas do comportamento esquizofrênico, na medida em que o indivíduo se sente partido, fragmentado, carente de uma personalidade única” (DUARTE JR, 1987 p.52- 53).

Dentro da instituição psiquiátrica, segundo Moffatt (1980), o paciente não possui nada que possa ser sentido como próprio, nem sequer sua própria roupa, sofrendo todos os tipos de amputação, sendo a mais dolorosa a amputação de sua própria dignidade pessoal. O hospital psiquiátrico seria como uma “lata de lixo psicológica”, onde os “normais” podem projetar suas partes loucas e sentirem-se mais sãos. Existe sim, para o autor, algo de espantoso e terrível nos manicômios, mas não é na mente dos pacientes e sim nas condições a que são submetidos, pelo único delito de, em algum momento, terem tido idéias incompreensíveis e estranhas. “O hospício é como um poço profundo no qual se entra rápido, mas do qual é difícil sair, pois suas paredes são escorregadias como na incompreensão e no abandono, e não há onde agarrar-se” (16).

Para além da relação institucional e familiar, fatores de ordem hierárquica-econômica também interferem no processo, Basaglia (2001) questiona se um esquizofrênico rico é tratado igualmente como um esquizofrênico pobre, e conclui que o que caracteriza o primeiro não é somente o fato de não ser automaticamente considerado como doente mental “perigoso” para si mesmo e para os outros, mas possui outro benefício que impede que ele não seja des-historificado, pois superado o período crítico será mais fácil de re-inseri-lo na sociedade. O poder des-historificador, destruidor, aplica-se principalmente àqueles que não possuem outra alternativa que não seja o hospital psiquiátrico “...estes doentes, devido exatamente ao fato de serem sócio-economicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da produção” (p.108).

Para Moffatt (1980), a loucura existe, e às vezes supera o imaginável, mas o que ocorre, normalmente, depois de um surto psicótico é uma forma de readaptação ao mundo convencional. A saída não ocorre de forma tão rápida como a entrada, pois após um internamento o sujeito se depara com um mundo diferente, foi eliminado mentalmente de seu grupo familiar, perdeu o contato com seus amigos, perdeu seu emprego, possui apenas a marca-estigma do diagnóstico: “esquizofrênico”. O internado, em vez de ser visto como um doente, é o objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer ação contestadora sua será definida dentro dos limites da doença. Segundo o autor é impossível ignorarmos a natureza da distância que nos separa do doente imputando suas causas exclusivamente à doença. E o ideal seria que antes retirássemos, uma a uma, as capas da objetivação para podermos ver o que resta no fim.

O equívoco no tratamento do esquizofrênico é tamanho que, para Basaglia, (2001), o primeiro passo para a cura do doente é a volta a liberdade, da qual vem sendo

privado. O ambiente fechado da instituição exige do médico um único papel: o de controlador, de tutor interno, de moderador dos excessos que a doença pode ocasionar.

No entanto, no decorrer dessas primeiras etapas que conduzem à transformação do manicômio em um hospital de cura, o doente... deixa de aparecer como um homem resignado e submisso às nossas vontades. Passa a apresentar-se como um indivíduo objeto da doença, mas que já não aceita ser objetivado pelo olhar do médico que o mantém a distância. A agressividade dá lugar, em muitos pacientes, a um novo tipo de revolta, vindo de um obscuro sentimento, distinto de seus delírios particulares, de que são ‘injustamente’ considerados não-homens somente por estarem ‘no hospício’ (p. 115)

É nesse momento que o internado descobre que viver uma vida humana é seu direito. “É a partir dessa agressividade que teremos condições de instaurar uma relação de tensão recíproca, pois somente ela tem condições de romper os laços de autoridade e paternalismo que até a muito pouco tempo causavam a institucionalização” (p.115). É preciso também, segundo o autor, um movimento estrutural de base que se encarregue daquilo que ocorre quando um doente mental sai da instituição psiquiátrica, quando recebe alta, ou seja, do trabalho que não encontra, do ambiente que o exclui, das circunstâncias em vez de auxiliarem sua reintegração, acua-no gradualmente de volta aos muros do hospital. “Falar de uma reforma da atual lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos” (p.116). A mudança legal se justifica para além da burocracia, na melhoria concreta do processo de re-inserção.

Dessa forma Basaglia (2001), argumenta que, para que ocorra a reabilitação do indivíduo institucionalizado é preciso despertar nele um sentimento de oposição ao poder. Estando esse sentimento desperto, o vazio emocional vivenciado há tempos será preenchido por forças pessoais de reação e de conflito, ou seja, o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: sua agressividade. O doente mental é um excluído que jamais poderá se opor àqueles que o excluem, pois cada um dos seus atos passa a ser definido pela doença. Coagido a um espaço onde mortificações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for seu estado mental, se objetiva gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seriam mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila. (p.120)

O que acontece hoje, entretanto, está longe do desejado. Após a ocorrência de um internamento num hospital psiquiátrico, segundo Moffatt (1980), o indivíduo dificilmente consegue sua re-inserção na sociedade. Seu regresso é dificultado pelo meio, que, temeroso e repleto de pré-conceitos e conceitos, o rotula, o descarta como algo “não mais produtivo”, não mais rentável para o meio social. É tratado com a semelhança de uma peça da engrenagem que não funciona: joga-se fora, faz-se a substituição por outra em “perfeito estado”. Todos os seus atos, todas as suas falas são descartadas. A identidade ficou num passado distante e sua única opção é “adaptar-se”, é sentir-se realmente destituído de todo e qualquer poder, destituído de sua autonomia, a mercê dos desejos e da vontade do meio externo, ou seja:



obedecer e cumprir as regras impostas pelos que determinam o que é “normal” ou não.

No Brasil, a repercussão do movimento visando a reforma psiquiátrica foi evidente, sendo fundado, no início da década de 70, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, com o objetivo de organizar discussões, promover debates e pesquisas na área, congregando profissionais da saúde. As Conferências Nacionais de Saúde tornaram-se verdadeiros fóruns de debate e de proposta relativas às políticas de saúde, envolvendo órgãos oficiais, prestadores de serviços de saúde e usuários.

Em 2003, o programa “De Volta Para Casa”, lançado e coordenado pelo Ministério da Saúde, vem propor o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da instituição hospitalar, de indivíduos acometidos de transtornos mentais, com dois anos ou mais de internação.

De acordo com o Ministério da Saúde, o programa vai de encontro às recomendações da OPS (Organização Panamericana de Saúde) e OMS (Organização Mundial de Saúde) para a área de saúde mental com a finalidade de reverter, gradativamente, um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária territorial, e consolidado em serviços de acompanhamento diário territorial.

Com o descredenciamento, pelo SUS em 2003, da Instituição Psiquiátrica que atendia o município de Cascavel e região, foi instituído e criado o CASM (Centro de Atenção em Saúde Mental) em 15/09/2003 com o intuito de desempenhar e dar suporte aos cidadãos que necessitem ter respaldo no atendimento psicológico e psiquiátrico, sendo esse procedimento embasado no novo modelo de atendimento psiquiátrico.

## Material e método

O corpo da pesquisa é formado por indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia que se encontravam em fase de egresso à sociedade. O número foi de 02 participantes para o estudo.

O local da coleta de dados foi a residência domiciliar dos indivíduos ou em um local indicado por eles, tendo esse local condições necessárias para a realização da coleta de dados. Foi utilizado como instrumento para a montagem do estudo de caso e para a coleta de dados uma entrevista semi-estruturada. A escolha dos entrevistados foi independente do sexo e estado civil. Todo indivíduo entrevistado foi orientado sobre o estudo e teve liberdade de escolher em participar ou não do mesmo, a família, ou seu responsável legal assinou o termo de consentimento livre e esclarecido permitindo a participação do sujeito no estudo, em que foram respeitadas as normas éticas de pesquisa com seres humanos, conforme resolução 196/1996-MS (BRASIL,2000).

Os procedimentos aconteceram em dois momentos distintos. O primeiro no Centro de Atenção em Saúde Mental – CASM, e o segundo no contexto social dos indivíduos entrevistados. Os dados obtidos foram analisados qualitativamente através do estudo de caso, como também da análise do formulário com levantamento dos recursos disponíveis socialmente para facilitar o regresso do indivíduo

esquizofrênico, de responsabilidade do Serviço de Saúde Mental Estadual e Municipal.

## Análise e discussão dos dados

Desde o aparecimento dos primeiros sintomas, os pacientes participantes dessa pesquisa, encontravam-se sem realizar atividades laborais ou de entretenimento no meio externo, apresentando comportamentos de isolamento social e reclusão domiciliar, contradizendo os direitos garantidos pelo Art.2º, inciso II, da Lei 10.216/01. Os referidos pacientes, até o término desse trabalho não participavam de nenhum programa de reabilitação psicossocial assistida, que contribuísse efetivamente para seu processo de re-inserção e que os estimulasse ao exercício de seus direitos civis, políticos e de cidadania, assegurados pela lei acima citada.

O acompanhamento médico psiquiátrico e psicoterápico ocorrem através de consulta mensal no CASM, com fornecimento de receituário da medicação. Os medicamentos são fornecidos pela Farmácia Básica do Município. Quanto aos acompanhamentos psicoterápicos, até o momento não estão sendo realizados<sup>3</sup>.

Basaglia (1985, p.103), relata a criação dos técnicos quando a sociedade não mais deveria expor sua face da violência de forma tão explícita, com o papel de mistificar a violência através do tecnicismo, e através de sua tarefa terapêutico-orientadora, “adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de ‘objetos da violência’, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas”. Constataram-se nos pacientes participantes desta pesquisa a manifestação de sentimentos de aceitação quanto à realidade que lhes é infundida, demonstrando, por vezes, sentimentos de culpa por provocarem “incômodos” a terceiros, como observado na fala de J.R.V.: “Eu não culpo ninguém eu ficá ali abandonado, não ir procurá ninguém. A culpa é minha mesmo” (sic), como também na fala de J.O.A., que diz não reclamar ao sentir dores : “Eu seguro a dor e... não reclamo então...” (sic).

Observou-se, também, nos pacientes a falta da agressividade como um sentimento de oposição ao poder do qual são alvos. Ambos os pacientes demonstraram aceitar passivamente suas condições atuais. Basaglia (1985), ao se referir à agressividade diz que: “É a partir dessa agressividade que teremos condições de instaurar uma relação de tensão recíproca, pois somente ela tem condições de romper os laços de autoridade e paternalismo que até a muito pouco tempo causaram a institucionalização” (p.116).

Comprovou-se, nesse trabalho de pesquisa, as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos no sentido de existir um prosseguimento nos projetos de vida após a saída da Instituição Psiquiátrica, pois conforme escreve Moffatt (1980), o que ocorre é uma forma de readaptação ao mundo. J.O.A. diz: “Não tem nada pra mim contar, o que se vai passando é o dia-a-dia né? E eu não tenho nada pra contar... no internamento eu fiquei sabendo que era doença e agora é você ir levando pra frente conforme os remédios né?...isso aí”(sic).

As dificuldades encontradas para retomar as atividades laborais e para manter ou criar novas relações sociais sedimentam de forma mais concreta o novo papel que

lhes é desvendado. Observou-se, como constata Basaglia (1985), a necessidade urgente da criação de formas de enfrentamento aos problemas de ordem social imbricados com a alta hospitalar, pois foi constatado que os pacientes enfrentam dificuldades semelhantes para retomarem suas atividades laborais no meio externo. J.R.V. narra que: "...eu fico guardando muitas coisas sozinho, em casa direto... não tem lugar pra me entreter nem nada, uma diversão, senão um trabalho. Eu, por causa da idade não adianta procurá serviço né? De empregado é difícil prá mim, registrado não trabalho mais"(sic), e o paciente J.O.A. conta sua experiência dizendo: "(...) por enquanto eu tô parado, não tô trabalhando... dificuldade não tem, a maior é arrumar serviço né?"(sic).

Basaglia (1985), salienta a importância de se encarar todos os problemas de ordem social que acompanham a saída do indivíduo após o internamento psiquiátrico, e não apenas falar em reformar as leis que o regulamentam, pois, como coloca Moffatt (1980), após um surto psicótico a saída não acontece com a mesma rapidez que a entrada, e o indivíduo normalmente se defronta com um mundo "diferente". Esse "novo mundo" com o qual se deparam é observado nas falas dos participantes desse estudo, pois o contexto social do qual participavam mudou, as relações sociais mudaram, e esses mesmos indivíduos se vêem impossibilitados de realmente conseguirem sua re-inserção através da participação ativa nos contextos aos quais estão inseridos. A "eliminação mental" que os afeta é comprovada através da fala de L.C.A., ao se referir à vida social de J.O.A., seu irmão: "É difícil né? Ele não sai de casa... vai que (risos), se afastaram do J. (J.O.A.), ele não pode beber, quando ele toma ele para de tomá os remédio, daí complica né?"(sic).

Constatou-se, através do estudo de caso, alterações em algumas funções do ego conseqüentes da enfermidade apresentada, que dificultam o regresso desses indivíduos em seu processo de re-inserção às atividades profissionais e sociais. As dificuldades são agravadas por sentimentos como depressão, apatia e retraimento, observados em suas aparências, em seus modos de se expressarem e em seus tons de voz na maior parte do tempo em que os encontros foram realizados. As alterações psíquicas que a esquizofrenia provoca, somada com a exclusão sofrida pelo doente mental o levam à renúncia voluntária, conforme coloca Basaglia (1985), sendo que essa renúncia, manifestada através do desinteresse, da apatia e da insensibilidade, é sua última ação de defesa em oposição ao mundo que após o excluir, também o aniquila.

Verificou-se, durante o trabalho de pesquisa, a carência de informação por parte dos familiares quanto à doença e todas as implicações biológicas e psicológicas inerentes à mesma que de alguma forma afetam o paciente. A carência foi observada nas palavras da informante e esposa do paciente J.R.V., pois no início do aparecimento dos sintomas acreditava-se que as manifestações eram decorrentes de fatores alheios à doença. Ela declara que: "No começo eu achava assim: ah, é pouca vergonha, putaria, nós vamo ter de dar um jeito"(sic). Hoje a informante diz acreditar que com os remédios e com a bênção de Deus seu esposo não precisará de novos internamentos.

A carência de informação relacionada à enfermidade também é verificada na família do paciente J.O.A. quando essa menciona seus sintomas como resultados dos espancamentos

sofridos na prisão, e quando o pai atribui a inatividade do paciente à falta de vontade e de iniciativa própria. As informações que as famílias possuem quanto a essa questão, são inferidas por Santos, Almeida, Venâncio e Delgado (2000), quando apontam a importância do envolvimento da família no processo de tratamento, mas tal envolvimento restringe-se a propósitos relativos à medicação e a maneiras de como manejar comportamentos decorrentes da doença.

Constatou-se que os pacientes, colaboradores dessa pesquisa, não possuem informações precisas sobre suas enfermidades, conforme dispõe o Art.2º, inciso VII da Lei nº10.216/01 que aponta como direito deles "receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento", pois J.R.V. atribui a manifestação de seus sintomas à falta de oração e, J.O.A. ao estresse decorrente do atrofiamento dos nervos.

Verificou-se no depoimento do paciente J.O.A., os apontamentos citados por Moffatt (1980), quando se refere o ambiente manicomial como um lugar isolado e ao mesmo tempo coletivo, justificado pela necessidade do "controle psiquiátrico", e o paciente sofrendo, entre os vários tipos de amputações, a de sua própria dignidade. "Lá ficava quarenta dias. Lá...não era bom não. Tinha muitas pessoas doidas igual eu... (risos). Lá então tinha muita briga demais, tem que ficar se cuidando. Brigam para se machucar mesmo, lá não gostava não...lá você é obrigado a se adequar porque senão dá muita briga, você quê fazê só pra você não dá... tem que fazê e ajudá os outros, era uma média de 100 pessoas. Tem que entrá na deles de qualquer jeito"(sic). Basaglia (1985), cita a função do psicólogo, nesse contexto, como o de promover a adequação dos indivíduos, transformando-os de um ser violento em um ser violentado.

O programa federal "De Volta Para Casa", que busca a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, disposto no Art. 5º da Lei 10.216/01, até a data da coleta das presentes informações não se encontrava implantado no município de Cascavel.

Constatou-se que, até o presente momento, os programas sociais necessários à re-inserção dos indivíduos portadores de transtornos mentais estão limitados no município de Cascavel.

### Considerações finais

Com a realização desse trabalho, constatou-se que os procedimentos necessários para que ocorra, de forma concreta, a re-inserção dos indivíduos ao seu contexto social, ainda estão em fase de implantação, e que por hora somente a família busca dar e atender as necessidades básicas de seu ente acometido de transtorno mental.

Constatou-se, dentro do processo de re-inserção, que houve uma desintegração social, sendo destruída a identidade dos indivíduos segregados, tanto na sociedade como na família, permanecendo em um movimento a parte por não serem mais produtivos.

Basaglia (1985), coloca que para que ocorra a reabilitação do indivíduo institucionalizado é necessário que exista o envolvimento de toda a sociedade, portanto tais ações não devem restringir somente à família e ao governo; o comprometimento deve se estender a todo e qualquer segmento da sociedade organizada, com acompanhamento

dos interessados e em especial dos serviços de saúde coletiva, seja o serviço público ou o serviço privado.

Acredita-se que a verdadeira reforma psiquiátrica deva começar pelo imaginário das pessoas, pelo modo de “olhar” e conceber esses indivíduos, deixando de projetar-lhes o mal do qual queremos nos esconder, pois conforme escreve Moffatt (1980), após uma internação todos os atos do indivíduo passam a ser vistos dentro dos limites de sua doença.

## 5. Referências

- BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**: (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília, 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.
- DUARTE JR, J. F. **A política da lucura**: a antipsiquiatria. 3. ed. Campinas: Papirus, 1987.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- MOFFATT, A. **Psicoterapia do oprimido**: ideologia e técnica da psiquiatria popular. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1980.
- MYERS, D. **Introdução à psicologia geral**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.
- RODRIGUES, J.; SCÓZ, T. M. X. **Muros nas mentes**: obstáculo da reforma psiquiátrica. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/muros.html>>. Acesso em: 31 mar. 2003.
- SAMAIA, H. P. B.; LIMA, I. V. M.; VALLADA FILHO, H. P. **O desafio da esquizofrenia**: fatores de riscos pré-natais e perinatais para a esquizofrenia. São Paulo: Lemos, 2001.
- SCHNEIDER, J. F.; VALE, E. R. M. **O ser esquizofrênico e a retomada do tempo**: estudo fenomenológico. Goiânia: AB, 1996.
- STERIAM, A. **Esquizofrenia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- VILLARES, C.; MARI, J. J. Esquizofrenia e contexto familiar. In: SHIRAKAWA, I;
- CHAVES, A. C.; MARI, J. J. (Org.). **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos, 2001.